



## Einwilligungserklärung für Patient:innen in die Nutzung der Software VIA

Wir, die Psychotherapeutische Praxis Sabine Seitz, planen den Einsatz der Software VIA (im Folgenden „Software“) in unserer Praxis. Die Software ermöglicht es uns, mittels Einsatzes modernster KI-Technologien automatisiert Sitzungsnotizen sowie patientenspezifische psychologische Berichte zu erstellen. Dabei werden sämtliche personenbezogenen Daten verarbeitet, die Sie uns im Rahmen der Therapiesitzung mitteilen. Außerdem werden personenbezogene Daten besonderer Kategorien von Ihnen verarbeitet, wie Ihre Stimme und ggf. Gesundheitsdaten oder sonstige von Ihnen im Rahmen der Therapiesitzung mitgeteilte sensible Daten.

Die Software wird von der VIA HealthTech UG (haftungsbeschränkt), Bredtschneiderstraße 10, 14057 Berlin (im Folgenden „VIA HealthTech“) betrieben. Die VIA HealthTech verarbeitet Ihre Daten in unserem Auftrag, d.h. ausschließlich nach unseren Weisungen. Wir haben mit der VIA HealthTech eine entsprechende Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO geschlossen. Weitere Informationen über die Einhaltung der Bestimmung der DSGVO durch die VIA HealthTech finden Sie hier: <https://www.via-health.de/datenschutzerklärung-software>. VIA HealthTechs Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter der E-Mail-Adresse [m.reinbeck@mhl.de](mailto:m.reinbeck@mhl.de). VIA HealthTech ist verpflichtet, die Vertraulichkeit der Daten in gleicher Weise wie der Berufsgeheimnisträger zu schützen. VIA HealthTech hat seinerseits Mitarbeiter und Auftragsverarbeiter zum Schutz der Vertraulichkeit verpflichtet und insbesondere auf die Strafbarkeit nach § 203 StGB belehrt.

- Ich willige darin ein, dass meine im Rahmen der Therapiesitzung erhobenen personenbezogenen Daten verarbeitet werden, um die Software VIA zu nutzen.

Die Erklärung Ihrer Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten hätten.

Ihre Einwilligung gilt so lange, bis Sie sie widerrufen. Diesen Widerruf können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen uns gegenüber erklären. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

---

Vor- und Nachname

Ort, Datum

Unterschrift

---



VIA HealthTech UG  
Bredtschneiderstr. 10  
14057 Berlin  
[www.via-health.de](http://www.via-health.de)

MÖHRLE  
HAPP  
LUTHER

Unterstützt bei Daten-  
schutzfragen durch  
Möhrle Happ Luther.  
[www.mhl.de](http://www.mhl.de)



Sabine Seitz (Psychologin M. Sc.)

Praxis für Psychotherapie, Supervision  
und Selbsterfahrung

Zugspitzstr. 2A; 85591 Vaterstetten

## Ergänzende Einwilligungserklärung in die Nutzung der Plattform gesund.de

Wir, die Psychotherapeutische Praxis Sabine Seitz, möchten Ihnen moderne und entlastende digitale Services anbieten. Hierzu nutzen wir in unserer Praxis ergänzend die Plattform gesund.de. Die Plattform ermöglicht den sicheren, digitalen Austausch von Dokumenten und Nachrichten sowie die Bereitstellung und unkomplizierte Weiterleitung von ärztlichen/therapeutischen Verordnungen und Rezepten zwischen unserer Praxis und Ihnen. Die Datenverarbeitung erfolgt verschlüsselt und dient ausschließlich der Erleichterung der Praxisorganisation und Kommunikation mit Ihnen.

Ich willige darin ein, dass meine personenbezogenen Daten und Kontaktdaten zum Zweck der digitalen Kommunikation und Rezeptbereitstellung über die Plattform gesund.de verarbeitet werden dürfen.

Die Erklärung dieser Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern oder jederzeit uns gegenüber mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Vor- und Nachname des/der Patient:in: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Patient:in: \_\_\_\_\_

---



Sabine Seitz (Psychologin M. Sc.)

Praxis für Psychotherapie, Supervision  
und Selbsterfahrung

Zugspitzstr. 2A; 85591 Vaterstetten

## Einwilligungserklärung der Erziehungsberechtigten in die Nutzung der Software VIA

Wir, die Psychotherapeutische Praxis Sabine Seitz, planen den Einsatz der Software VIA (im Folgenden „Software“) in unserer Praxis. Die Software ermöglicht es uns, mittels Einsatzes modernster KI-Technologien automatisiert Sitzungsnotizen sowie patientenspezifische psychologische Berichte zu erstellen. Dabei werden sämtliche personenbezogenen Daten verarbeitet, die Ihr Kind/Sie uns im Rahmen der Therapiesitzung mitteilt. Außerdem werden personenbezogene Daten besonderer Kategorien (z. B. die Stimme Ihres Kindes, Gesundheitsdaten oder sonstige sensible Informationen) verarbeitet.

Die Software wird von der VIA HealthTech UG (haftungsbeschränkt), Bredtschneiderstraße 10, 14057 Berlin (im Folgenden „VIA HealthTech“) betrieben. Die VIA HealthTech verarbeitet Ihre Daten in unserem Auftrag, d.h. ausschließlich nach unseren Weisungen. Wir haben mit der VIA HealthTech eine entsprechende Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO geschlossen. Weitere Informationen über die Einhaltung der Bestimmung der DSGVO durch die VIA HealthTech finden Sie hier: <https://www.via-health.de/datenschutzerklärung-software>. VIA HealthTechs Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter der E-Mail-Adresse [m.reinbeck@mhl.de](mailto:m.reinbeck@mhl.de). VIA HealthTech ist verpflichtet, die Vertraulichkeit der Daten in gleicher Weise wie der Berufsgeheimnisträger zu schützen. VIA HealthTech hat seinerseits Mitarbeiter und Auftragsverarbeiter zum Schutz der Vertraulichkeit verpflichtet und insbesondere auf die Strafbarkeit nach § 203 StGB belehrt.

Ich willige / Wir willigen darin ein, dass die im Rahmen der Therapiesitzung meines/unseres Kindes erhobenen personenbezogenen Daten verarbeitet werden, um die Software VIA zu nutzen.

Die Erklärung Ihrer Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten hätten.

Ihre Einwilligung gilt so lange, bis Sie sie widerrufen. Diesen Widerruf können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen uns gegenüber erklären. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Name des Kindes (Patient:in): \_\_\_\_\_

Name(n) der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_



VIA HealthTech UG  
Bredtschneiderstr. 10  
14057 Berlin  
[www.via-health.de](http://www.via-health.de)

MÖHRLE  
HAPP  
LUTHER

Unterstützt bei Daten-  
schutzfragen durch  
Möhrle Happ Luther.  
[www.mhl.de](http://www.mhl.de)



Sabine Seitz (Psychologin M. Sc.)

Praxis für Psychotherapie, Supervision  
und Selbsterfahrung

Zugspitzstr. 2A; 85591 Vaterstetten

## Ergänzende Einwilligungserklärung in die Nutzung der Plattform gesund.de

Wir, die Psychotherapeutische Praxis Sabine Seitz, möchten Ihnen moderne und entlastende digitale Services anbieten. Hierzu nutzen wir in unserer Praxis ergänzend die Plattform gesund.de. Die Plattform ermöglicht den sicheren, digitalen Austausch von Dokumenten und Nachrichten sowie die Bereitstellung und unkomplizierte Weiterleitung von ärztlichen/therapeutischen Verordnungen und Rezepten zwischen unserer Praxis und Ihnen. Die Datenverarbeitung erfolgt verschlüsselt und dient ausschließlich der Erleichterung der Praxisorganisation und Kommunikation mit Ihnen.

Ich willige / Wir willigen darin ein, dass personenbezogene Daten und Kontaktdaten meines/unseres Kindes zum Zweck der digitalen Kommunikation und Rezeptbereitstellung über die Plattform gesund.de verarbeitet werden dürfen.

Die Erklärung dieser Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern oder jederzeit uns gegenüber mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Name des Kindes (Patient:in): \_\_\_\_\_

Name(n) der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

---